

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

LES ASPECTS ACTUELS DU PSORIASIS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 8 DÉCEMBRE 1942

PAR

PIERRE LÉDAN

Né à Morlaix (Finistère), le 6 novembre 1918

Médecin des troupes coloniales

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs
de la Thèse

MM. MARGAROT, Professeur, *Président*.

JANBON, Professeur.

P. RIMBAUD, Agrégé.

HARANT, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1942

LÉDAN (Pierre). —

Les aspects actuels du psoriasis
— *Montpellier, impr. Ch. Déhan, 1942,*
in-8°, 36 pp.
(*Thèse médecine, Montpellier, 1942,*
n° 13).

LÉDAN (Pierre). —

Les aspects actuels du psoriasis.
— *Montpellier, impr. Ch. Déhan, 1942,*
in-8°, 36 pp.
(*Thèse médecine, Montpellier, 1942,*
n° 13).

LÉDAN (Pierre). —

Les aspects actuels du psoriasis.
Montpellier, impr. Ch. Déhan, 1942,
in-8°, 36 pp.
(*Thèse médecine, Montpellier, 1942,*
n° 13).

LÉDAN (Pierre). —

Les aspects actuels du psoriasis.
— *Montpellier, impr. Ch. Déhan, 1942,*
in-8°. 36 pp.
(*Thèse médecine, Montpellier, 1942,*
n° 13).

Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES ASPECTS ACTUELS DU PSORIASIS



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 13

LES ASPECTS ACTUELS DU PSORIASIS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 8 DÉCEMBRE 1942

PAR

PIERRE LÉDAN

Né à Morlaix (Finistère), le 6 novembre 1918

Médecin des troupes coloniales

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la Thèse**

MM. MARGAROT, Professeur, *Président*.

JANBON, Professeur.

P. RIMBAUD, Agrégé.

HARANT, Agrégé.

Assesseurs

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES DEHAN

1942

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie.....	MM. J. DELMAS.
Histologie.....	TURCHINI.
Physiologie.....	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale.....	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie.....	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.....	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique....	BOULET.
Clinique médicale.....	L. RIMBAUD.
— — — — —	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale.....	MASSABAU, <i>assesseur</i> .
— — — — —	RICHE.
Clinique obstétricale.....	P. DELMAS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	EUZIERE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge....	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique.....	LAPEYRE.
Clinique ophtalmologique.....	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.
Propédeutique chirurgicale.....	AIMES.

Professeurs honoraires

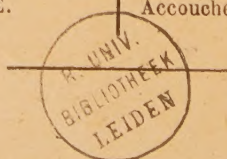
MM. TÉDENAT, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIELLE, VIREs, BOSc, VILLARD, GRYNFELT.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.		MM.
Chimie.....	MONNIER, <i>agrégé</i> .	Clin. de la tuberc... VIDAL, <i>professeur</i> .
Microbiologie.....	CARRERE, <i>agrégé</i> .	Pathologie chir.... MOURGUE.
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agrégé</i> .	— — — — — MOLINES, <i>agr.</i>
Pharmacologie....	HARANT, <i>agrégé</i> .	— — — — — TRUC, <i>agrégé</i> .
Pathologie médicale	BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim. GUIBAL, <i>agrégé</i> .
— — — — —	BERT, <i>agrégé</i> .	Médecine opérat... ROUX, <i>agrégé</i> .
Propédeutique méd.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Accouchements... CADERAS
Clinique interne...	PUECH, <i>professeur</i> .	DE KERLEAU, <i>agr.</i>
Clin. des mal. cont.	JANBON, <i>professeur</i> .	Stomatologie..... N...

Agrégés en exercice

MM.		MM.
Médecine.....	P. RIMBAUD.	Chirurgie..... MOURGUE.
— — — — —	BOUCOMONT.	— — — — — MOLINES.
— — — — —	BERT.	— — — — — GUIBAL.
— — — — —	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	— — — — — ROUX.
Chimie.....	MONNIER.	Urologie..... TRUC.
Bactériologie.....	CARRERE.	Accouchements... CADERAS
Histoire nat. médic.	HARANT.	DE KERLEAU.



A MES PARENTS

faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA FEMME

avec toute ma tendresse.

A MES FRÈRES

A MES BEAUX-PARENTS

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLE-SŒUR

P. L.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DU MÉDECIN AUXILIAIRE

PIERRE DUBOURG

MORT AU CHAMP D'HONNEUR (JUIN 1940)

A LA MÉMOIRE DU MÉDECIN LIEUTENANT

YVES DE BARILLEC

MORT AU CHAMP D'HONNEUR (JUIN 1940)

A MES AMIS

A MES CAMARADES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTÉ

DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

P. L.

A MONSIEUR LE MÉDECIN-GÉNÉRAL SOLCARD

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

ASSOCIÉ NATIONAL DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

A MONSIEUR LE MÉDECIN EN CHEF DEGOUL

SOUS-DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

CHEVALIER DU MÉRITE MARITIME

A MON ONCLE LE MÉDECIN EN CHEF ARTUR

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

CROIX DE GUERRE

P. L

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ
DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE BORDEAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

P. L.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARGAROT

PROFESSUR DE CLINIQUE DERMATOLOGIQUE ET SYPHILIGRAPHIQUE
A MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse et dont les conseils nous
ont été si précieux.

Qu'il soit assuré de notre respec-
tueux attachement.

A MES JUGES

P. L.

LES ASPECTS ACTUELS DU PSORIASIS

INTRODUCTION

M. le professeur MARGAROT ayant observé dans son service des aspects nouveaux du psoriasis a bien voulu nous confier ce travail. Nous nous excusons d'en limiter les proportions à celui d'un simple exposé. La bibliographie pourra paraître bien incomplète : la nouveauté du sujet en est la seule raison. C'est en effet depuis deux ans seulement que se manifestent ces modifications de l'aspect clinique du psoriasis, déjà si polymorphe. Ils semblent coïncider avec les restrictions alimentaires que nous subissons actuellement.

Nous avons illustré cette thèse par les nombreuses observations que M. le professeur MARGAROT a mises à notre disposition, et nous le remercions ici de sa bienveillance. Grâce à elles, nous avons pu mettre en lumière quelques aspects nouveaux, ou plutôt des modifications apportées à l'évolution d'une forme spéciale de psoriasis, ce qui fera l'objet de la première partie de notre thèse. Nous avons réservé une large part à l'exposé des faits. Enfin nous nous sommes efforcé de recher-

cher une interprétation pathogénique satisfaisante en mettant en valeur les rôles du trouble du métabolisme, particulièrement du métabolisme des corps gras ; et nous concluons par un exposé du traitement en insistant sur son efficacité.

CHAPITRE PREMIER

LES FAITS OBSERVÉS

Depuis deux ans le nombre de malades admis dans le service de dermatologie pour psoriasis a très nettement diminué. D'autre part, il s'agit le plus souvent de formes atténuées ou déformées.

Normalement, le psoriasis se caractérise par des squames sèches, blanchâtres, siégeant sur des éléments papuleux, de forme et de grandeur variables. Ces éléments, au grattage méthodique, donnent des signes bien connus : le signe de la tache de bougie, le signe de la pellicule décollable et de la rosée sanglante. Les localisations se font au coude, au genou, sur les surfaces d'extension des membres, et c'est peu à peu que les lésions envahissent le tronc. L'évolution présente les particularités suivantes : elle se fait par poussées, n'obéissant à aucune règle définie, de telle sorte que les éléments jeunes voisinent avec les éléments anciens déjà blanchis. L'éruption se renouvelle de plus en plus fréquemment, de telle sorte qu'elle se traduit finalement par une simple crise paroxystique sur un fond chronique. La maladie est caractérisée par son aspect traînant et ses lésions rebelles au traitement.

Si ce tableau clinique est dans son ensemble celui des cas que nous avons observés, il présente des modifications appréciables que nous allons essayer de dégager et qu'il paraît logique de rattacher aux restrictions alimentaires actuelles.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

C'est un sujet de 23 ans, présentant un psoriasis depuis 1910. Il est hospitalisé pour la première fois le 12 février 1941. A l'examen, il montre un psoriasis surséborrhéique inversé, avec association d'acné de la face. Les lésions siègent aux aisselles, au plis de l'aîne. Traitées par la pommade de Sézary après décapage au glycérolé salicylé, les lésions se modifient rapidement : elles ont une tendance vésiculeuse et prennent l'aspect d'une parakératose psoriasiforme. On achève le traitement par l'application de vernis à la chrysarobine et, le 17 avril, le malade sort complètement guéri.

OBSERVATION II

C'est un sujet de 22 ans examiné pour la première fois le 4 avril 1941. La maladie aurait débuté il y a deux mois. Actuellement, il s'agit d'un psoriasis surséborrhéique, inversé : siégeant aux aisselles, sur la poitrine ; pas de lésions sur les coudes ; le cuir chevelu est pris en totalité. Les lésions du cuir chevelu sont traitées par l'application de pommade au goudron et à l'oxyde jaune. Les autres lésions sont exposées à la lumière solaire ou aux rayons ultra-violets. Le 11 juin le malade est guéri.

OBSERVATION III

Malade de 21 ans, examiné le 19 avril 1941. Lésions discrètes sur les membres et le tronc. Mais le cuir chevelu est pris en totalité, il s'est formé une véritable carapace. Le cuir chevelu est décapé et traité par application de pommade à l'oxyde jaune et goudron. Les lésions du corps sont traitées par la pommade de Sézary. Le 29 mai 1941 le malade est guéri.

OBSERVATION IV

Malade de 22 ans. Examiné le 17 juin 1941. A noter dans ses antécédents héréditaires que des parents présentaient des poussées de psoriasis sur les régions découvertes. La maladie actuelle remonte à trois mois. Les lésions siègent sur la face interne des cuisses, la région génitale, les aisselles et le cuir chevelu. Traitée par la pommade de Sézary, la poussée est guérie le 13 juillet. En avril 1942 rechute, traitée au psothanol. Le malade est définitivement guéri le 8 juin 1942.

OBSERVATION V

Sujet de 19 ans, examiné le 12 décembre 1941. Il présentait des lésions du cuir chevelu, des éléments squameux et croûteux sur la poitrine et le dos, pas de lésions sur les surfaces d'extension des membres. Les signes classiques sont peu nets et les lésions sont prurigineuses. Elles sont traitées par l'application de pommade du soufre précipité et à l'ichtyol, et le 20 janvier 1942 le malade est guéri.

OBSERVATION VI

Sujet de 19 ans, examiné le 9 avril 1942. Le psoriasis est apparu il y a deux mois, à la lisière du cuir chevelu, à la région frontale. Extension ensuite à tout le cuir chevelu sous forme de gros placards squameux. Il est traité par application de pommade de Sézary.

La guérison est définitive le 1^{er} mai 1942.

OBSERVATION VII

Malade de 22 ans, examiné le 26 juillet 1942. Le début remonterait au mois d'avril 1940. Les lésions siègent sur le scrotum, la face inférieure de la verge et le cuir chevelu et sont prurigineuses. Elles sont décapées par l'huile de débenzolage et traitées par la pommade de Sézary.

Le malade sort guéri le 18 août 1942.

OBSERVATION VIII

Sujet de 20 ans. Examiné le 15 juillet 1942. Le début a eu lieu il y a un mois par des lésions siégeant sur les bras, le thorax, très prurigineuses, puis aux jambes et aux fesses, enfin au cuir chevelu. A l'examen on se trouve en présence d'un psoriasis du cuir chevelu sur-séborrhéique. Les lésions du cuir chevelu sont traitées par l'application de pommade oxyde jaune, goudron, celles du corps par la pommade de Sézary.

La guérison est obtenue le 22 août 1942.

OBSERVATION IX

Homme de 31 ans, examiné le 2 septembre 1942. Les lésions évoluent depuis deux ans et siègent sur la partie

supérieure et antérieure des jambes, dans la région inguinale, à la face interne des cuisses, à la racine de la verge, au pli interfessier, à l'ombilic, aux aisselles, aux ongles. Enfin le cuir chevelu est atteint. Il s'agit donc d'un psoriasis surséborrhéique inversé. Le signe de la pellicule décollable n'est pas très net. Les lésions sont décapées par l'huile de débenzolage et traitées à la pommade de Sézary.

Guérison le 6 octobre 1942.

OBSERVATION X

Malade âgé de 20 ans. Le premier examen a lieu le 21 septembre 1942. La maladie évolue depuis juin 1942, elle siège aux lieux d'élection sous forme d'éléments discrets et au cuir chevelu. Les lésions sont décapées par l'huile de débenzolage et traitées à la pommade de Sézary.

La guérison survient le 3 octobre 1942.

OBSERVATION XI

Sujet de 22 ans, rentre à l'hôpital le 11 février 1942 avec le diagnostic de psoriasis surséborrhéique ; il est traité à la pommade de Sézary et guéri le 6 mars 1942.

Les observations suivantes n'offrent pas le tableau clinique du psoriasis surséborrhéique, mais elles nous montrent l'efficacité du traitement, même dans les cas particulièrement graves et rebelles.

OBSERVATION XII

Malade de 22 ans, examiné le 7 octobre 1941. La première poussée de psoriasis date de juin 1941. Traitée par le prothanol et l'application de verni à la chrysarobine, elle est guérie le 14 novembre 1941.

Le 18 février 1942 récédive traitée au glycérolé cadique et guérie le 24 mars 1942.

OBSERVATION XIII

Malade ayant présenté une pédiculose qui a provoqué par le grattage une pyodermite pour laquelle il a été hospitalisé du 27 avril au 15 mai 1942. A cette dernière date on s'est aperçu que consécutivement à la pyodermite était apparu un psoriasis.

Le malade n'en avait jamais eu auparavant.

Cette poussée est guérie le 13 août 1942. Le 4 septembre 1942 nouvelle poussée de psoriasis pustuleux. Il semble que cette poussée soit sous l'influence de l'application d'huile de débenzolage. On applique une solution de violet de gentiane à 3 pour 1000 pour assouplir, puis on reprend l'huile de débenzolage et la pommade de Sézary. Le 12 octobre 1942 la guérison s'est confirmée.

OBSERVATION XIV

Malade de 18 ans, examiné le 24 mars 1942. C'est un psoriasis ayant débuté il y a deux mois par des lésions des membres puis du tronc, et très prurigineux au début. Actuellement on a un psoriasis siégeant sur les membres, le tronc ; les genoux ne sont pas atteints. Les signes classiques ne sont pas nets, il s'agit d'un psoriasis lichénifié par le grattage, très sec. Il est traité à l'huile de cade et guéri le 25 avril 1942.

OBSERVATION XV

Le malade est examiné le 30 décembre 1941. Il aurait eu déjà une éruption psoriasiforme en 1932. Depuis

dix jours nouvelle poussée, début progressif par le thorax, puis tout le tronc et les membres ; éléments lenticulaires, saillants, prurigineux, donnant tous les signes classiques. Cette poussée est traitée par l'application d'huile de cade et guérie le 7 janvier 1942.

OBSERVATION XVI

Malade de 20 ans, examiné le 1^{er} septembre, il présente un psoriasis guttata généralisé, traité à la pommade de Sézary, il est guéri le 19 septembre.

OBSERVATION XVII

Homme de 41 ans, examiné le 18 novembre 1941. A présenté des antécédents nerveux. On remarque une éruption qui aurait débuté il y a trois ans, évoluant par poussée. Actuellement petits éléments sur le tronc, larges placards croûteux sur les jambes ; les coudes et les genoux sont respectés. On ne note pas de séborrhée, les lésions sont prurigineuses. Le malade présente le signe de Köbner : dermatographisme sur le dos. Il est traité par des bains savonneux quotidiens, l'application d'huile de cade.

Le 14 mars 1942, récurrence traitée à la pommade de Sézary. Le 3 septembre 1942 nouvelle récurrence traitée à la pommade de Sézary.

Guérison le 12 septembre 1942.

OBSERVATION XVIII

Malade de 22 ans, examiné la première fois le 22 juillet 1941 ; nous relevons un zona en C₂ C₃ dans les antécédents.

Le psoriasis est apparu au gland et s'est étendu aux régions d'élection. Il est traité par la pommade de

Sézary et amélioré. Une nouvelle poussée en septembre 1941 est traitée par l'application de pommade au goudron faible puis de glycérolé salicylé, et exposition aux rayons ultra-violet ; elle est guérie le 7 décembre 1941.

Le 31 mars 1942 récurrence traitée à l'huile de cade et améliorée.

Le 1^{er} septembre 1942 nouvelle poussée, décapée à l'huile de débencolage et traitée par la pommade de Sézary. La guérison a lieu au début d'octobre.

OBSERVATION XIX

C'est une femme de 25 ans dont le psoriasis a débuté en 1934 par des lésions des genoux et des coudes et traité par le psorphanol et le psorimanganèse. Les topiques n'étaient pas supportés. En novembre 1938, après opothérapie thyroïdienne, la guérison est obtenue. Il persiste une petite lésion sur le coude.

En décembre 1939, nouvelle poussée qui aboutit, en avril 1940, à une érythrodermie généralisée avec prurit, qui cède en mai 1940.

En juin 1942, psoriasis généralisé croûteux, rupioïde, quelques lésions aux plis de l'aîne, le cuir chevelu est pris. Une pâte à la bentonite, huile de débencolage, talc, oxyde de zinc donne de bons résultats.

En septembre, apparition d'arthropathie des doigts, puis, le 14 septembre, hydarthrose du genou gauche que l'on ponctionne le 19. Le liquide ne contient pas de germes.

Le 29 septembre érythrodermie généralisée ; la flexion des trois derniers doigts de la main droite est impossible, les articulations phalango-phalangiennes sont tuméfiées.

Lésions psoriasiques des ongles.

On institue un traitement aux sels d'or (myochry-sine) ; au bout de trois injections les douleurs ont beaucoup diminué et la souplesse des articulations reparait.

CHAPITRE II

ÉTUDE CLINIQUE

De l'examen de ces observations, il ressort que le psoriasis est modifié à la fois dans sa forme et dans son évolution.

Nous sommes tout d'abord frappé par la fréquence des formes surséborrhéiques inversées dont l'aspect clinique est bien connu. Sur 19 observations présentées, nous relevons 11 formes surséborrhéiques. Le cuir chevelu est toujours plus ou moins atteint et dans un cas (observation n° 6), nous nous trouvons en présence d'une forme pure de psoriasis du cuir chevelu. Mais le plus souvent le psoriasis du cuir chevelu s'accompagne de lésions des aisselles, des plis de l'aîne, de l'ombilic, de la région génitale et de la face interne des cuisses. Un tableau particulièrement complet est réalisé dans l'observation n° 9. Si les lésions siègent sur les membres ou le tronc, ou plus rarement aux régions d'élection, elles sont discrètes, sans tendance à l'extension et à l'envahissement. Nous ne relevons qu'un cas de psoriasis guttata généralisé (observation n° 16).

Les lésions au grattage méthodique ne donnent pas toujours la symptomatologie complète, et si le signe de la tache de bougie et de la pellicule décollable sont pres-

que toujours retrouvés, le signe de la rosée sanglante est souvent inconstant et irrégulier dans son intensité.

Les lésions sont croûteuses ou tout au moins très épaisses, parfois lichénifiées, manifestant souvent une tendance nette à l'exosérose. Ces caractères sont spontanés ou bien provoqués par le grattage, car ce psoriasis est souvent prurigineux (observations 5, 8, 14, 15, 17). Les lésions ont souvent l'aspect de lésions anciennes améliorées par le traitement. Ces divers caractères s'affirment au cours de l'évolution et contrairement à ce qu'avait observé HALLOPEAU : si le diagnostic de psoriasis s'impose d'emblée ; il se discute au cours de la maladie en faveur de celui de séborrhéides ; à moins de considérer, comme TÖROCK, ces deux dermatoses comme des aspects différents de la même maladie.

Si la forme nouvelle du psoriasis rappelle dans ses grandes lignes le psoriasis surséborrhéique, son évolution suffit à l'individualiser. En effet, contrairement à ce qui était généralement observé, les poussées sont rares et bénignes. Nous observons fréquemment une poussée unique, et si elle récidive c'est chez des sujets dont l'épiderme est particulièrement sensible. Cas de la malade (observation n° 19) qui ne supportait pas les topiques, ces sujets présentent un phénomène de KÖBNER particulièrement net (observation n° 17). Ou bien l'épiderme avait déjà été lésé par des grattages antérieurs (observation n° 13) ou les lésions entretenues par le grattage. Souvent ces formes récidivantes avaient débuté avant la guerre (observations 17 et 19).

Les poussées sont, d'autre part, blanchies très rapidement, en moyenne un mois, les plus rebelles en trois mois et quelques-unes ont été guéries en quinze jours. Le traitement paraît donc particulièrement efficace, même dans les formes les plus tenaces : c'est le cas

de ce psoriasis arthropathique considérablement amélioré après quelques injections de sel d'or.

En résumé, le psoriasis, depuis la dernière guerre, a adopté une forme grasse, sensible au traitement et sans tendance aux récurrences fréquentes.

CHAPITRE III

ESSAI D'INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE

Quelle signification peut-on donner à ces modifications apportées au tableau clinique habituel du psoriasis. Une hypothèse séduisante serait de considérer le psoriasis comme une maladie infectieuse évoluant et se modifiant, comme la syphilis, la pneumonie, la scarlatine se sont modifiées.

Les formes cutanées de la syphilis se raréfient au profit des formes nerveuses, la pneumonie franche est en voie de disparition, et la scarlatine, suivant SYDENHAM, « mériterait à peine le nom de maladie ». Mais le caractère infectieux ou parasitaire du psoriasis, affirmé par BENEDECK, est loin d'être prouvé.

Ainsi l'agent pathogène n'a pas encore été découvert. La maladie a été assimilée aux épidermomycoses, en se basant sur son mode d'extension en plaques limitées, mais le parasite n'a jamais été retrouvé. AASER a prélevé dans le sang du psoriasique un cocobacille, on a incriminé également le streptocoque ou le staphylocoque, mais leur présence est bien inconstante et les résultats de la sérothérapie décevants. Enfin de nombreux auteurs, parmi lesquels DESAUX et PRETETS, HIGOUMÉ-

NAKIS, mettent en cause un ultra virus. Ils ont constaté le rôle pathogène de l'extrait glycérimé de squames, activité qui disparaît par tyndallisation. Mais l'injection thérapeutique de squames pulvérisées dans l'alcool ne donne pas de résultats encourageants, d'après CAMPBELL, FROST et MARCOZZI. Enfin la contagiosité est niée par la plupart des auteurs et les cas invoqués s'expliquent souvent par une hérédité latente (cas de NIELSEN-SHAMBERG) ou par le phénomène de Köbner.

Il faut donc supposer que, si le psoriasis a évolué, c'est que les conditions dans lesquelles il se développe se sont modifiées, il mérite aussi le nom de « réaction cutanée » que lui a donné BROcq. Ceci nous amène à envisager une deuxième hypothèse pathogénique plus sûre.

Les facteurs étiologiques qui président à l'apparition du psoriasis sont très nombreux et très variés. Suivant les cas, ils paraissent tantôt primordiaux, tantôt secondaires. C'est ainsi que l'on a voulu faire jouer un rôle de premier plan au facteur héréditaire, mais les diverses statistiques ne concordent pas et tout au plus peut-on parler de « prédisposition fréquente, mais se manifestant rarement ». Se basant sur la fréquence des antécédents nerveux, certains auteurs ont incriminé une diathèse nerveuse spéciale. Pour WEYL, le psoriasis serait dû à une faiblesse des centres nerveux qui règlent la nutrition cutanée. La tuberculose et la syphilis ont également été mises en cause sans que leurs rôles puissent être démontrés de façon absolument positive.

On a obtenu des résultats plus probants, en modifiant le milieu intérieur, confirmant ainsi l'opinion de MILIAN sur l'origine interne du psoriasis. Tout d'abord le rôle des troubles endocriniens est démontré : c'est ainsi que la grossesse atténue ou fait disparaître les poussées de psoriasis, que la castration favorise leur

éclosion. L'extrait thymique a été utilisé avec succès dans la thérapeutique du psoriasis infantile.

L'opothérapie surrénale a également été employée avec succès par RICHTER. Mais les résultats les plus efficaces ont été obtenus grâce à un changement de régime. En effet, les troubles du métabolisme ont été souvent observés au cours du psoriasis. GRUNEBERG montre une augmentation du taux du soufre et du glutathion dans le sang. LORTAT-JACOB constate de l'hyperglycémie et les heureux résultats d'une cure insulinaire. Mais les améliorations les plus notables sont obtenues par un régime restrictif en ce qui concerne les protéides et surtout les corps gras. Déjà ELSON avait proposé ce régime accompagné d'injections d'extrait pancréatique total. C'est à la suite des travaux de SCARPA notant l'augmentation du taux d'acide urique dans le sang (hyperuricémie témoin d'un trouble du métabolisme des protéides) que SHAMBERG et BESNIER en France proposent leur régime sans protéides et en notent un heureux résultat.

Ce sont les travaux de Grütz et ceux qui les ont suivis qui aboutissent à codifier vraiment le régime des psoriasiques. Grütz avait remarqué la fréquence du psoriasis chez des individus bien nourris au régime particulièrement riche en matières grasses : charcutiers, bouchers ; la fréquence de la maladie en Alsace, pays grand consommateur de graisse, sa recrudescence en hiver, période où la consommation de matières grasses augmente.

Il constate, d'autre part, des troubles du métabolisme des matières grasses, à tel point qu'il assimile le psoriasis à une simple manifestation d'une lipoïdose. Malgré les constatations de BERNARD et ZALEWSKI et de SHAAF qui nient l'augmentation du métabolisme des graisses, les travaux modernes reconnaissent l'élévation

du taux de la lipémie et de la cholestérolémie et des troubles du rapport entre les différentes fractions lipoïdes : graisse totale, cholestérine, phosphatides (PULAY, GALLEGU-BURIN, VÉSARI, GATÉ). Enfin GRÜTZ montre la richesse des squames de psoriasis en graisses et en cholestérol, le passage des lipides des capillaires du corps papillaire dans l'épiderme et leur rétention au niveau des squames. LACROIX, se ralliant à ces observations, admet que le psoriasis constituerait un mode d'élimination cutanée du cholestérol en excès.

Plus probants encore sont les résultats du régime sans graisse proposé par GRÜTZ et BURGER. Bien que contestée par HÉRING, tous les auteurs s'accordent à reconnaître son influence bienfaisante. Mais il ne s'agit pas, comme l'a fait remarquer MEYER, « d'un régime pauvre en graisse, mais d'une suppression subtotale des graisses. Il peut être appliqué pour une courte durée avec une alimentation insuffisante, ou pour une plus longue durée avec une alimentation suffisante ». GRÜTZ conseillait une ration journalière de 20 grammes pour un adulte et de 10 grammes pour un enfant, pendant un ou deux ans au moins. Cette ration étant employée à la cuisson des aliments. Il proscrivait naturellement l'usage des viandes grasses tel que le porc, de l'huile, du beurre, des fromages gras, des fruits tels que les noix. Mais dans les circonstances actuelles toutes ces conditions sont réalisées depuis deux ans et nous subissons un régime restrictif à la fois en matières grasses et en protéïdes. Notre ration de viande est réduite à une portion unique hebdomadaire de 200 grammes environ, quant aux matières grasses, nous sommes dans les conditions optima énoncées par GRÜTZ, environ 15 grammes par jour ; il est vrai qu'il faut y ajouter parfois certains aliments gras. Enfin ce régime réalise les conditions de durée : plusieurs années, et s'associe à une

alimentation générale insuffisante. Ces nouvelles conditions d'existence offrent donc, à la lumière de ce que nous avons exposé ci-dessus, un milieu peu favorable au développement du psoriasis et au renouvellement de ses poussées. Ces phénomènes avaient déjà été rapportés par ENGELHARDT et CORDES en Allemagne, à la fin de la Grande guerre, alors que les conditions alimentaires se rapprochaient sensiblement des conditions actuelles.

Le caractère surséborrhéique adopté par la maladie s'explique aussi par la carence alimentaire en matières grasses. Nous avons vu que les squames psoriasiques sont particulièrement riches en matières grasses et en cholestérine. Elles ne peuvent se former que chez les sujets qui élaborent eux-mêmes la graisse nécessaire à leur développement : chez les sujets à peau grasse ; et les lésions adopteront les régions naturellement riches en graisses favorables à leur évolution ; c'est ainsi que le cuir chevelu, les aisselles, les plis de l'aîne et la région génitale seront les lieux d'élection du psoriasis actuel.

Comment se déclanchent ces poussées de psoriasis ? Il s'agit sans doute du processus connu sous le nom de phénomène de Köbner. Après un traumatisme ou une irritation prolongée apparaît une série de papules psoriasiques. L'éruption est circonscrite à la région irritée. HALLOPEAU a décrit un psoriasis en bretelles chez un porteur des halles. SIMON un psoriasis traumatique localisé sur des traces de ventouses.

Le même processus irritatif joue nettement dans l'observation n° 13, c'est à la suite de lésions de grattage infectées que survient le psoriasis. Le prurit peut être également le facteur déclanchant du psoriasis dans plusieurs autres cas : observations n°s 5, 7, 8, 14, 15, 17.

Dans cette dernière observation, le malade présentait des signes nets d'irritation : dermatophisme.

Dans les autres cas, nous pensons que l'hypersécrétion grasse peut à elle seule constituer un facteur irritant suffisant à déclancher l'apparition d'un psoriasis, et ceci contribuerait à expliquer les localisations si fréquemment rencontrées actuellement.

Le psoriasis surséborrhéique serait ainsi le plus fréquemment observé parce que les malades atteints de séborrhée offrent, à cette dermatose, d'une part un terrain propice à son développement et, d'autre part, réalisent l'irritation cutanée facilitant la sortie de l'éruption.

CHAPITRE IV

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic de ces formes nouvelles paraît extrêmement favorable vu l'efficacité de la thérapeutique. Nous avons vu tous les malades que nous présentons, blanchis très rapidement, quelques-uns guéris définitivement, des formes les plus tenaces et les plus douloureuses, et d'un pronostic autrefois très sombre, considérablement améliorées (observation n° 19).

Pourtant les traitements employés ont été variés et n'offraient pas de caractères nouveaux. Traitement interne par le psorhanol, traitements externes depuis les applications classiques de pommade à l'huile de cade jusqu'à la simple exposition à la lumière solaire ou aux rayons ultra-violet. Le traitement qui semble avoir donné les meilleurs résultats est : l'application de pommade au goudron faible et à l'oxyde jaune, pour les lésions du cuir chevelu, et le décapage à l'huile de débenzologie suivie d'application de pommade de Sézary pour les lésions du corps.

Cependant la qualité des produits employés est bien souvent inférieure à celle des produits d'avant-guerre. L'excipient fait souvent défaut. Le traitement médica-

menteux a dû céder le pas à la diététique, et les heureux résultats observés seraient dus, selon nous, aux conditions alimentaires nouvelles dans lesquelles se développe la maladie ; conditions qui ont au moins le mérite de réaliser un régime favorable dans le cas qui nous intéresse.

BIBLIOGRAPHIE

- BERNHARDT. — Quelques remarques au sujet du psoriasis, hérédité, maladies de la nutrition, influences nerveuses. *Przegląd. dermatologiczny*, Varsovie, 1928, n° 1, p. 1.
- BERNHARDT et ZALEWSKI. — La cholestérolémie dans le psoriasis. *Ibid.*, Varsovie, 1 et 25, n° 2.
- CAMPBELL et FROST. — A new form of therapie for psoriasis. *Archives of dermatology and syphilology*, vol. XXVI, n° 3, sept. 1932 p. 435.
- A. DESAUX, R. GOIFFRON et H. PRETET. — Contribution à l'étude des, protides du sérum dans le psoriasis. *Bull. de la Soc. française de derm. et syphil.*, 8 fév. 1948.
- A. DESAUX et H. PRETET. — A côté des parakérotoses, dermatoses de sensibilisation n'existe-t-il pas des psoriasis maladies à ultra virus. *La Presse médicale*, n° 101, 18 déc. 1935, p. 2050.
- ELSON. — Treatment of psoriasis and allied dermatoses urologic and cutaneous. *Review*, juin 1935, p. 408.
- J. GATE, G. CHANIAL, A. VALLET, P. HUMBERT. — Recherches sur la cholestérolémie dans le psoriasis. *Annales de dermatologie*, 7^e série, t. 9, n° 6, juin 1938, p. 465.
- J. GATE et DELBOS. — Ultra filtrat de macération de squames dans le traitement du psoriasis. *Journ. de méd. de Lyon*, n° 446, 5 août 1938, p. 475.
- GALLÉGO-BURIN. — Grasas lipóides y psoriasis. *Acta dermo syfilo grafica*, année 28, n° 4, janv. 1936, p. 366.
- GOUGEROT et BLUM. — La séborrhée serait-elle une forme atténuée du psoriasis. *Paris médical*, 20^e année, n° 3, 18 janv. 1930, p. 56 à 59.

- GRUTZ. — Problème du psoriasis à la lumière de recherches étiologiques et d'expériences cliniques et diététiques. *Arch. für dermatol. und syphilis*, vol. CLXX, cahier 2, 1934, p. 143.
- HERING. — Beiträge zum Fettstoffwechsel der Psoriasis vulgaris. *Dermatologische Wochenschrift*, t. 108, n^{os} 3 et 4, 15 et 22 janv. 1938.
- G. HIGOUINSKIS. — Etiologie et pathogénie du psoriasis. *Annales hé-léniques de dermatologie et vénéréologie*, n^o 2, juin 1939.
- G. KINCEDAGI et B. ÖTTENSTIEN (Istanbul). — Reporton recent rescar-ches regarding the relations tip between psoriasis and lipoidosis dermatologica. *Journ, intern. de derm.*, juillet 1939.
- JANSION et A. PECKER. — Simple remarque en faveur de l'origine syphi-tique du psoriasis. *Bull. de la Soc. franç. de derm.*, 1928, p. 162.
- A. MARCOZZI. — Sur le traitement du psoriasis par l'injection d'alcool avec des squames psoriasiques. *Giornale italiano de dermatologia a syfilologia*, vol. LXXXIV, fasc. 2, avril 1933, p. 441.
- MARGAROT. — Nouvelle pratique dermatologique, t. VII, Paris. Masson, 1936, pp. 564 à 677.
- MEYER. — De quelques régimes à prescrire dans les affections cutanées, régime sans graisse. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, t. 109, 23^e année, cahier 10, déc. 1938.
- PULAY. — Pathologie de la nutrition et dermatose. *Dermatologische Wochenschrift* 1921, n^{os} 23, 24, 25, p. 465-469-511.
- RICHTER. — Studien über psoriasis. *Dermatologische Wochenschrift*, t. xcv, n^o 45, 5 nov. 1932.
- SCARPA. — Psoriasis et acide urique. *Giornale italiano di dermatologia e sifilologia*, vol. 75, fasc. 5, oct. 1934, p. 1709.
- VERSARI (A). — Le métabolisme des graisses et le régime pauvre en graisses dans le psoriasis. *Archivio italiano di dermatologia e sifilologia e venereologica*, vol. XII, fasc. 6, août 1936, p. 639.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Les aspects actuels du psoriasis, par
Pierre Lédan.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression

Montpellier, le 24 novembre 1942.

Le Professeur,

M. MARGAROT.

Vu :

Montpellier, le 28 novembre 1942.

Le Doyen,

G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 29 novembre 1942.

Le Recteur,

SARRAILH.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ne improbation.

